

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL E DA PERSONALIDADE

**A INTERSUBJETIVIDADE NAS RELAÇÕES
ENTRE TERAPEUTAS**

Dissertação de Mestrado

RICARDO EGGERS RODRIGUES

Prof. Dr. Nedio Antônio Seminotti

Orientador

Porto Alegre, janeiro de 2007.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL E DA PERSONALIDADE

**A INTERSUBJETIVIDADE NAS RELAÇÕES
ENTRE TERAPEUTAS**

RICARDO EGGERS RODRIGUES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e da Personalidade, sob a orientação do Prof. Dr. Nedio Antônio Seminotti.

Porto Alegre, janeiro de 2007.

AGRADECIMENTOS

Essa pesquisa não foi realizada de modo solitário. Ela foi possível com a colaboração e interação com várias pessoas. Nesse sentido, expresso, aqui, os agradecimentos:

- Ao Prof. Dr. Nedio Seminotti e ao grupo de “Processos e Organizações dos Pequenos Grupos”, pela colaboração e escuta, durante este período;
- À querida professora, colega e amiga Prof. Dra. Maria Luiza Cardinale Baptista, pela ajuda, amparo, paciência e disposição, que tanto contribuíram na realização deste trabalho;
- À Ineida Aliatti e à Sonia M. Beltrão, pelo carinho, ajuda e ensinamentos;
- Aos professores e professoras do Curso de Pós-Graduação em Educação da PUCRS ,especialmente ao Prof. Dr. Roque Moraes e à Profª Dra. Valdemarina Bidone, pela ajuda e ensinamentos;
- Aos técnicos do CAPS, pela disponibilidade e por terem permitido que eu fizesse a pesquisa;
- Aos estagiários e bolsistas do Grupo de Pesquisa Processos e Organizações dos Pequenos Grupos” ,pela ajuda e amizade;
- Às secretárias do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), pela paciente ajuda, pela delicadeza e pelo respeito;

- A minha colega Silvani B. Severo, pelo apoio, amizade e consolo, nos momentos de “confusão e solidão”, bem como pelos seus questionamentos;
- A minha esposa, Flaviane Rodrigues, que me acompanhou com muito amor e suportou minhas ausências sem reclamar (muito!);
- Ao meu pai, Luiz Carlos G. Rodrigues (*in memoriam*), e a minha mãe, Gilda Maria E. Rodrigues, pelo amor e estímulo à vida;
- Ao meu filho, Pedro Henrique, por estar sempre amorosamente ao meu lado.
- À CAPES pela concessão de bolsa para realização do Mestrado.

RESUMO

Esta dissertação aborda o campo psicanalítico e a intersubjetividade entre terapeutas de uma equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), da grande Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O objetivo é discutir como a produção do campo intersubjetivo entre técnicos organiza as suas relações com os usuários de um CAPS, incluindo as percepções do pesquisador ao material coletado da equipe. O aporte teórico para a pesquisa qualitativa, de cunho exploratório, foi a Psicanálise, a partir de Freud e autores contemporâneos. O material foi coletado em três reuniões com nove profissionais no espaço destinado à discussão de casos. Realizou-se uma observação sistemática e produção de diário de campo. A Análise Textual Qualitativa apontou a contradição, os aspectos contratransferenciais da equipe e a produção do campo e da intersubjetividade entre técnicos, como indicadores de como se constitui e como se organiza o campo de trabalho entre os técnicos e seus pacientes. A pesquisa sugere que a compreensão das experiências intersubjetivas contribui para o conhecimento das práticas terapêuticas e para a ampliação do conceito de terceiro analítico, que, segundo a concepção atual da teoria da técnica psicanalítica, se manifesta exclusivamente no *setting* terapêutico.

Palavras-chave: sujeito, interações, subjetividade, intersubjetividade, psicanálise.

ABSTRACT

This dissertation approaches the psychoanalytical field and the intersubjectivity among therapists of a multiprofessional team from a Center of Psychosocial Attention (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS), in a district of Porto Alegre - RS.

The objective is : to discuss how the production of the intersubjective field among technicians organize their relationships with the users of a CAPS including the perception of the researcher into the therapist's team.

The theoretical approach to the qualitative research, of exploratory design, was based in Freud and contemporary authors.

The data was collected in three case discussion meetings, with nine professionals, through systematic observation and the production of a field diary.

The qualitative textual analysis pointed out the contradiction, the countertransference aspects of the team and the production of the field and intersubjectivity among technicians as indicators on how characteristics are constituted and how the work field is organized between technicians and their patients. The production of intersubjective experiences, in the meetings, is of great relevance to the comprehension of the therapeutic practices, what amplifies the concept of analytic third, which is manifested in the therapeutic setting .

Key-words: subject, interactions, subjectivity, intersubjectivity, psychoanalysis.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAIS TEÓRICOS.....	13
2.1 Sujeito Psíquico na Psicanálise	13
2.2 Transferência e Contratransferência	16
2.3 Campo e Intersubjetividade	20
3 QUESTÃO NORTEADORA	24
4 CONTEXTO DA PESQUISA	24
5 METODOLOGIA.....	25
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	52
ANEXO B – RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE PESQUISA	53

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação aborda aspectos dos processos subjetivos e intersubjetivos das relações entre terapeutas de uma equipe multiprofissional, que atendem pacientes em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da grande Porto Alegre - Rio Grande do Sul. O objetivo é discutir como a produção do campo e da intersubjetividade entre técnicos organiza as suas relações com os usuários de um CAPS, incluindo as percepções do pesquisador às da equipe técnica.

A proposta de pesquisa surgiu a partir de uma questão que inquieta o pesquisador e faz parte da sua rotina profissional, desde o momento da graduação. No estágio de Psicologia Clínica, realizado em uma clínica composta de uma equipe interdisciplinar, o pesquisador prestava atendimentos clínicos a crianças e seus pais.

Nessa vivência cotidiana de atendimentos, seminários, supervisões individual e em grupo, e reuniões de equipe, as angústias e sofrimentos de quem se atreve a se responsabilizar pelas demandas dos seus pacientes, seguramente, foram marcantes na vida do pesquisador.

As experiências vividas e sentidas, então, a partir das relações criadas neste 'trânsito', característico do fazer profissional entre os colegas de trabalho - seja da mesma área ou de áreas distintas - e pacientes, sem dúvida, possibilitaram um aprendizado rico e diversificado, ao pesquisador, a respeito das visões de sujeito que cada profissional tinha de seus pacientes.

Foi possível observar, também, a forma com que cada um se ocupava das questões primordiais em um tratamento: o seu direcionamento.

Ao longo desse período, uma cena se destaca: ao receber o encaminhamento de um paciente, de nove anos, feito por um colega de equipe, o pesquisador foi informado sobre o diagnóstico de hiperatividade e *déficit* de atenção. A descrição do paciente era de uma criança muito agitada e que não se concentrava nas atividades. Desde o início do atendimento desse paciente, no entanto, o pesquisador percebeu um menino bastante triste e apagado, tudo aquilo que o pesquisador não esperava encontrar, sem nenhum dos traços que haviam sido descritos pelo colega que o encaminhou. Naquela época, surgiu uma interrogação sobre quais os fatores teriam gerado a percepção diferenciada entre os profissionais.

Outros questionamentos emergiram: os fatores subjetivos dos próprios técnicos seriam determinantes na variação do diagnóstico? Como se dão as manifestações conscientes e inconscientes no campo relacional composto por pacientes e terapeutas? E até que ponto essas idiosincrasias organizam e direcionam o tratamento? As indagações iniciais provocaram, no pesquisador, o desejo de buscar em um programa de Mestrado algumas elucidações a respeito do tema. O percurso, então, a partir daí, também foi longo e complexo.

O pesquisador foi percebendo, então, que a relevância científica da pesquisa parte de uma necessidade de problematizar algumas características da intersubjetividade, nas práticas do exercício profissional entre terapeutas na saúde coletiva. Nesse sentido, entende como fundamental a compreensão do trânsito “entre as subjetividades” e saberes práticos, a fim de que os profissionais, em seu cotidiano, ofereçam um atendimento ético e humanizado.

Esta pesquisa pode contribuir, de alguma maneira, para dar uma maior visibilidade ao processo terapêutico, em especial no que diz respeito ao trabalho dos profissionais envolvidos. Esse processo, inevitavelmente, convoca o terapeuta a posicionar-se em meio ao sofrimento e às dificuldades (suas e dos outros), aspectos que influenciam a qualidade deste

“fazer”. Nesse sentido, as contribuições podem ser relevantes para os trabalhadores da área da Saúde, visando à melhoria na forma de cuidado dos seus pacientes.

Além disso, a relevância do trabalho reside na transposição de conceitos geralmente usados na clínica psicanalítica, como recurso importante, na compreensão dos conteúdos que emergem, tanto nas falas e nas ações terapêuticas, quanto na prática da pesquisa, envolvendo a participação do pesquisador manifestada através das suas percepções enquanto observador e participante do processo conjunto à equipe do CAPS .

Optou-se por partir de um “terreno (des) conhecido”, a Psicanálise, e por associá-lo a teorias que sinalizam para a possibilidade de sua ampliação. Essas concepções, resgatadas da Psicanálise freudiana e de seus desdobramentos recentes, ajudam a discutir a intersubjetividade produzida na relação terapêutica, bem como as suas implicações no processo, na constituição do campo psicanalítico e na organização do direcionamento do tratamento.

Na etapa empírica, o “embate” foi o encontro com a complexidade da realidade, experienciada em um Centro de Atendimento Psicossocial, em que são atendidos pacientes, por uma equipe multiprofissional. O tempo todo, nesse sentido, era como se o encontro com as questões conceituais estivesse “na ordem do dia”... então, vivências e teorias iam se entrecruzando, fazendo sentido, ora esclarecendo, ora confundindo, justamente pela complexificação das percepções sobre os fenômenos vivenciados. Tudo foi, ao mesmo tempo, ficando mais claro e, também, foi se tendo a dimensão do desafio de relatar essas percepções, diante da grandiosidade dos dados e da riqueza do material que emergiu do campo de relações com os técnicos – nas reuniões das quais o pesquisador participou, nas observações realizadas no CAPS e nos registros coletados, seja através das gravações, seja no diário de campo.

Um ‘mar de dados’ - teóricos e empíricos - é o que se procurou sintetizar nesta dissertação, para responder à questão norteadora inicial: “Como se organiza a produção do

campo e da intersubjetividade entre os terapeutas de uma equipe multiprofissional de um CAPS?”

1 INTRODUÇÃO

O tema dessa dissertação é a intersubjetividade na relação entre terapeutas, no momento em que discutem sua prática terapêutica com seus pacientes, sob o ponto de vista psicanalítico. Aborda a noção de sujeito psíquico, campo psicanalítico e terceiro intersubjetivo, como uma perspectiva mais ampla de compreensão dos fenômenos contratransferências e transferências, ocorridos na inter-relação terapeuta e paciente.

Nas relações profissionais oferecidas nas clínicas, serviços públicos ou consultórios privados, os pacientes e técnicos, no que tange às propriedades que compõem as relações entre pacientes e terapeutas, partindo do viés psicanalítico, possuem a mesma face, apesar da assimetria dos lugares ocupados: a face do inconsciente. Em razão disso, faz-se necessário abordar alguns aspectos que constituem a formação de sujeito psíquico, a partir de certos conceitos. Entre eles, pode-se ressaltar, aqui, o inconsciente, a transferência, a contratransferência, o campo psicanalítico e a intersubjetividade.

Quando se fala em campo e intersubjetividade, procura-se evidenciar as leituras, sinalizadas, explicitamente, em textos contemporâneos de Baranger (1969), Dunn (1995), Ferro (2000), Ogden (1996), Renik (1993,2000) e, em escritos do próprio Freud (1895 1900,1910 e 1912/1976). O objetivo da pesquisa é discutir como a produção do campo e da intersubjetividade entre técnicos organiza as suas relações com os usuários de um CAPS, incluindo as percepções do pesquisador às da equipe técnica.

2 REFERENCIAIS TEÓRICOS

2.1 Sujeito Psíquico na Psicanálise

Freud, inicialmente, fundou uma ciência, que nasceu com um objetivo relacionado à saúde mental das pessoas que sofriam de doenças do sistema nervoso. Essa ciência foi constituída na passagem do século XIX para o XX. Surgiu, portanto, em muitos aspectos, influenciada por este terreno histórico fundador – a Modernidade. Alicerçado por um viés médico, especificamente o da Neurologia, Freud procurou criar uma teoria e um método para a cura de tais males. Frente aos problemas e ao fracasso de certas experiências, entretanto, sua teoria e seu método, ao longo de sua produção, passaram por muitas transformações (Birman, 1994).

Desde os seus primórdios, a Psicanálise causou um grande ‘estranhamento’ na sociedade em que foi criada. A Metapsicologia foi associada à ‘Bruxaria’, devido às críticas quanto ao seu valor científico. Tanto a sua linguagem quanto o tema envolvido em seus pressupostos destoaram muito do contexto médico/cartesiano e cultural em que Freud vivia. “A noção de psiquismo dominante até Freud era a de uma subjetividade identificada com a consciência e a razão” (Garcia-Roza, 1995: 209).

Um dos pontos importantes para a compreensão da intersubjetividade ou das “entre subjetividades” está em considerá-la sempre referenciada à noção um inconsciente, o que ganha outro sentido, em relação às outras ciências. É esse o grande “divisor de águas”, que impossibilita que essa questão receba tratamento semelhante, ou que seja uma continuação de outros conceitos, criados pela Filosofia ou Psicologia (Garcia-Roza, 2004).

Freud (1915) aborda os processos inconscientes, como possíveis de serem encontrados através das manifestações lacunares da consciência. O modelo de aparelho psíquico, o que pressupõe também dizer, de sujeito psíquico, numa primeira formulação, denominada primeira tópica, foi construído e dividido em sistemas: consciente, pré-consciente e inconsciente. O inconsciente vivia separado pelo recalçamento, em relação ao pré-consciente. A essência do processo de recalque não consiste em suprimir e destruir uma idéia que representa a pulsão, mas, sim, em impedir de se tornar consciente. Diz-se que tal idéia é inconsciente, porém, por si só, não constitui todo o conteúdo do Inconsciente. O recalçado é, somente, uma parte dele. A atividade mental é muito maior do que apenas a atividade consciente. Uma das formas do surgimento do inconsciente é como retorno do recalçado, ou seja, sob a forma de um sintoma. Além disso, segundo Freud (1900), ele aparece na forma de chistes, sonhos e atos falhos.

Na primeira tópica, o sujeito de Freud é o da representação, surgido como surpresa do recalçado. O inconsciente era visto como o recalçado. O objetivo era torná-lo consciente, o que, de um ponto de vista terapêutico, significava pouco em relação à outra tópica, pois as representações já existem *a priori*. Bastava, ao psicanalista, o trabalho de decifrá-las e torná-las conscientes, porém isto não necessariamente significava mudá-las (Pacheco, 1996).

A partir da concepção dominante de sujeito da primeira teoria (tópica), a questão do inconsciente sofreu algumas modificações, no seu pressuposto central, acarretando o surgimento de uma nova forma de subjetividade, denominada por Freud de a segunda tópica. Nesta, o sujeito do inconsciente desloca-se para o da pulsão. Da pulsão de morte e de vida. Pulsão de morte, que pode ou não se tornar pulsão de vida, que pode ser representada. Uma pulsão que tem sua fonte no corpo. Freud (1915/1976) retrata a pulsão como uma força indeterminada, que está no limite entre o somático e o psíquico. Abarca em conjunto, também, as lembranças de representação.

Então, podemos pensar numa visão de sujeito mais ampla e dinâmica (que se dá entre as visões biológica e psíquica), que não pode ser considerado como algo determinado, fixo, a ser apenas decifrado. O inconsciente, aqui, passa de substantivo para adjetivo, o que lhe atribui uma dimensão maior, na medida em que está presente em todos os lugares do aparelho psíquico. Ele é maior do que o recalcado. Trata-se de um sujeito de constante produção, já que possui essa exigência de trabalho: do vir a ser, de construção. A constituição do sujeito está sustentada por sua produção inconsciente e pelo trabalho simbólico que implica a palavra. Está dada, também, por variáveis que transcendem os modelos sociais e históricos, como, por exemplo, a sexualidade infantil, que vem a construir a subjetividade. De posse da sua subjetividade, o sujeito psíquico, então, se articula com as variáveis sociais, que o inscrevem em um tempo e um espaço particulares, desde um ponto de vista da história (Pacheco, 1996).

A interação com o outro – o objeto da relação -, no sentido da produção do processo terapêutico, é tomada aqui como possível de ser transformada. O outro é capaz de formar novas representações, não sendo só algo a restaurar, mas a ser construído, inventado (Pacheco, 1996). Esta noção de um “entrelaçamento psíquico intersubjetivo” é oriunda de uma referência a um aparelho psíquico, construído de lugares e processos, que possuem formações psíquicas de vários “outros”, configuradas em um feixe de traços, signos, significantes, emblemas, que o sujeito recebe (também como herança), guarda, transforma e transmite. São compreensões que se manifestam quando o sujeito está em grupo (Fernandes, 2003).

O sujeito da psicanálise constitui-se de forma integrada, em uma síntese, ou de forma descentrada, polarizando opostos constantemente, seja a partir da metapsicologia (consciente –inconsciente, unicidade-separação, Id-Ego-Superego), seja como sujeito participante no encontro analítico (Favalli, 2005). A compreensão da intersubjetividade, na prática clínica, sob o viés da Psicanálise, envolve, primeiramente, alguns conceitos, que vêm sendo utilizados

para explicar a relação terapeuta-paciente. É o caso dos conceitos de transferência, contratransferência e campo.

2.2 Transferência e Contratransferência

O termo transferência foi criado e tomado como um fenômeno incontestável que revela as expressões psíquicas mais singulares. Freud considera, em caráter universal, que qualquer pessoa adquire, na infância, determinadas características ou padrões inatos e afetivos, constituídos a partir das suas relações com pessoas que lhe são significativas. Isso produz o que se chama de padrão estereotípico (ou vários deles) permanentemente repetidos, e reimpressos e transferidos no suceder da vida da pessoa. Essas referências, internalizadas no passado, são despertadas na atualidade, por meio da pessoa do analista, e caracterizam a transferência. (Freud, 1912; Laplanche; Pontallis, 1992; Laplanche, 1996; Racker, 1982). A transferência (*Die Übertragung*) significa

[...] a existência de um arco que mantém aceso o processo de ida e vinda, seja temporalmente, entre passado e a atualidade, seja geograficamente, entre o longe e o perto, ou de uma pessoa a outra. Possui plasticidade e reversibilidade onde aquilo que se busca, pode ser trazido e depositado novamente em outro lugar ou outro tempo. Refere uma idéia de aplicar (transportar) de um contexto para outro uma estrutura, um modo de ser ou de se relacionar. (Hanns, 1996: 415).

A literatura psicanalítica postula que o fenômeno transferencial é um fragmento da repetição, e a repetição é uma transferência de um passado esquecido, não apenas depositado

no médico, mas também ampliado para todos os outros aspectos da situação atual. Nesse sentido, ressalta-se a sua fundamental importância, tanto na compreensão quanto na direção do tratamento. Por outro lado, na mesma proporção, pode-se afirmar que a contratransferência, sendo o conjunto de reações emocionais inconscientes do analista, derivado da influência transferencial do paciente, assumem um valor, no mínimo, igual ao da transferência, porque coloca o terapeuta como um objeto 'suscetível' e passível dos efeitos dos mesmos fenômenos do paciente. (Freud, 1914, Viderman, 1990; Laplanche, 1996).

Essa consideração, no entanto, levou muito tempo para aparecer, no cenário terapêutico, com essa dimensão. A contratransferência e a subjetividade do terapeuta, na história da Psicanálise e da Psicoterapia, começou a ocupar seu lugar muito tardiamente, em relação ao seu tempo de nascimento, ou, pelo menos, no que diz respeito a produções escritas, como um componente evidente na relação terapêutica. Inicialmente, a contratransferência, ocupava um lugar bastante neutro, em relação ao seu objeto de estudo: a mente do paciente. No texto de Freud sobre as perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica, em 1910, a contratransferência, foi tratada como um resultado da influência do paciente sobre os sentimentos do analista. O texto dá conta, ainda, que o analista a reconhecerá e a vencerá. Seu pensamento sobre a "contratransferência" do terapeuta estava calcado sob um ponto de vista 'controlável', em relação aos seus efeitos com seus pacientes (Freud, 1910/1976).

Freud, balizado nesse pensamento, utiliza metáforas conhecidas, como imagens do espelho, do cirurgião ou do receptor telefônico, a fim de reforçar a necessidade de total isenção/neutralidade, para aquele que se propõe a praticar a Psicanálise. São recomendações com os propósitos indicados para a terapia e expressos na sua famosa formulação: tornar consciente o inconsciente, preenchendo as lacunas de memória (Favalli, 1999). No famoso caso Dora, porém, Freud começou a mostrar sinais que indicavam a possibilidade de os seus pressupostos, em relação à contratransferência, não serem mais passíveis de controle:

[...] não ter conseguido assenhorar-me, a tempo, da transferência, e que a boa vontade com que Dora pôs à minha disposição, no tratamento, uma parte do material patológico, fez-me esquecer a precaução de atender aos primeiros sinais da Transferência que me aparelhava com outra parte, para mim desconhecida, do mesmo material. (Freud, 1905/1959: 121).

Inicialmente, Freud restringiu a contratransferência a um erro técnico, obscurecendo o atravessamento da sua subjetividade no processo terapêutico (Dunn, 1995). Nesse sentido, a contratransferência é um fenômeno que provém das transferências, despertado pelo material transferencial do paciente, e tem papel importante na construção do vínculo entre analistas e pacientes. As transferências dos analistas, porém, são temas que devem ser tratados nas suas análises pessoais, e a contratransferência é um tema específico, para ser refletido com o paciente. Devido à extensão da dimensão e da delimitação das fronteiras, do que pode ser unipessoal ou unidirecional, em uma relação composta por duas pessoas, tais formas de interações no *setting* ainda promoviam muitos questionamentos. As duas subjetividades, analistas/pacientes, experimentam-se em uma relação dinâmica e bastante complexa, alternando-se entre as noções de sujeito e objeto (Machado, 1995).

O paciente vive, na sua subjetividade, seus conflitos intrapsíquicos e os desloca para a pessoa do analista, que capta essa transferência e, por sua vez, não deve interferir com sua subjetividade, mas, sim, com a objetividade das suas interpretações conscientes. Nessa medida, a contratransferência não abrange toda a subjetividade do terapeuta, já que o analista procura abster-se da sua subjetividade, para ser o intérprete das objetalizações que lhe são colocadas na relação (Machado, 1995).

Lacan (1987) abordou o tema da contratransferência, considerando - o para além de um erro técnico. Assim, contribuiu oferecendo uma ampliação desse conceito, afirmando que a resistência no tratamento é do analista e não do paciente. Segundo ele, isso ocorre quando o

analista recalca o significante que o analisando fornece. Para esse autor, é o desejo do analista que sustenta uma análise, portanto, assim, cria-se um campo, que diz respeito à ética, que instaura um juízo sobre uma ação, confirmando-se que o campo analítico contém os aspectos contratransferências, que surgem a partir do paciente e aspectos da vida emocional do analista. Lacan enfoca as conseqüências éticas, a partir dessa dimensão ‘limitada’ do analista, oferecida ao paciente, quando considera o inconsciente e, fundamentalmente, os seus mecanismos de ação. O analista tem a noção de que, em certo grau, não ‘sabe’ o que faz, já que existe uma parte das suas ações, em si mesma, que é oculta. Ainda postula que o analista pode oferecer ao paciente nada mais do que seu desejo, mesmo que seja um desejo ‘precavido’. Desse modo, o analista oferece aquilo que ele pode “ser”. Mesmo com a ampliação do conceito da contratransferência, que deixam de ser um *acting* do analista, essa noção nunca deixou de ser da ordem do inconsciente (Lacan, 1997).

Além disso, as experiências de realidade externa¹ também influenciam e são influenciadas pelas fantasias inconscientes, que acompanham, invariável e inevitavelmente, as experiências reais, com quem estabelecem interação. Os fenômenos intrapsíquicos e culturais acabam influenciando e alterando a percepção e interpretação das realidades, as quais, se constituem, seja reforçando, seja contrariando-as. Daí a importância da avaliação dos espaços intersubjetivos, nos vínculos e nos conflitos (Fernandes; Fernandes, 2004).

Nesses espaços intersubjetivos, verifica-se a presença dos conflitos gerados pelas forças que circulam entre as instâncias psíquicas (entre desejo e defesas), influenciando diretamente na percepção dos terapeutas. Qualquer processo terapêutico pode estar permeado por tais conluios inconscientes (Etchegoyen, 1987; Zimmerman, 1999).

¹ Alguns psicanalistas pós-freudianos se debruçaram sobre as questões dos fenômenos oriundos do coletivo. Recentemente, no intuito de problematizar mais sobre eles, nasceu a Clínica Ampliada, a qual define o papel do psicólogo clínico pelo seu movimento. Seu principal instrumento é a escuta que valoriza a história singular, a rede social e o contexto sócio-cultural da pessoa, família, grupo ou instituição. A clínica ampliada exige flexibilidade e plasticidade do psicólogo, para que, a partir de uma compreensão da subjetividade no laço social e suas contradições, de uma escuta efetiva em diferentes intervenções e em diversos enquadres, possa compreender o sujeito na sua complexidade. (Conte, 2003)

Nesse sentido, constata-se que a observação do analista não pode ser balizada por princípios eminentemente objetivos, na medida em que a sua subjetividade está presente no processo. O pressuposto central de campo remete a essa dinâmica processual, que denota um envolvimento mais integrador e mais complexo, já que inclui, também, sentimentos subjetivos do terapeuta. A subjetividade do analista é algo “irreduzível”, e, portanto, tudo o que afetar a vida do psicoterapeuta – seus conflitos pessoais, suas crises vitais e acidentais – pode produzir efeitos e influir no seu trabalho clínico e na sua relação/reação com o paciente. As percepções do analista são “sempre” influenciadas por determinantes idiossincráticos, conscientes e inconscientes. As respostas do analista, no encontro clínico, não são totalmente individuais ou tampouco eminentemente sociais. As respostas contratransferenciais do analista são apenas uma parte da sua resposta subjetiva total, bem como apenas um aspecto da intersubjetividade da dupla paciente /analista. (Renik, 1993; Renik, 2000, Santos; Zaslavsky, 2005; Favalli, 2005)

2.3 Campo e Intersubjetividade

O foco “entre subjetividades” foi ampliado por Heimann (1950). Esse foco diferencia a forma como a relação entre terapeuta-paciente acontecia, na medida em que enfatiza ambos como objetos no processo, destituindo o terapeuta da sua isenção. Ela sublinha que a situação clínica analítica pode ser vista por muitos ângulos, conforme sua singularidade. O que ainda não havia sido plenamente examinado, contudo – e que esta autora salienta –, é que a relação terapêutica se trata, essencialmente, de um relacionamento entre duas pessoas, diferenciadas, quanto aos lugares ocupados, porém, acima de tudo, iguais, quanto ao grau de sentimentos

experimentados e seus usos. Isso torna, assim, tais aspectos interdependentes, ampliando a compreensão desta relação (Heimann, 1950).

Isto implica em considerar a “situação” analítica como um conjunto de interações entre analistas e pacientes, onde cada um desempenha um papel ou função que os une, sendo que essa função só pode ser entendida de forma interdependente assim, essa situação analítica se torna um campo (Etchegoyen, 1987).

Nesse sentido, foi proposta uma idéia pioneira na Psicanálise, pelo casal Baranger (1969). Estes autores admitem que a situação analítica é um campo interacional, em que ambos os participantes não podem mais ser compreendidos separadamente. Eles formam uma *gestalt*. A sua constituição pode ser explicitada pela configuração estabelecida pelos dois, analista e paciente, através dos papéis que assumem, sustentados e conectados por uma fantasia inconsciente do par. O que vem a estruturar o campo é a fantasia inconsciente, criada por analista e paciente, mesmo que ainda se discuta em que grau o analista se encarrega na participação dessa fantasia.

Ao conceberem a situação analítica como campo dinâmico, esses autores a definem como uma “[...] situação de duas pessoas indefectivelmente ligadas e complementares enquanto está durando a situação, e envolvidas num mesmo processo dinâmico. Nenhum membro dessa dupla é inteligível dentro da situação sem o outro” (Baranger, M., Baranger, W., 1961-62: 129).

Essa noção remete a uma estrutura dinâmica que está subjacente ao conteúdo manifesto do encontro. Associando esse pensamento a um quadro com moldura, onde espaço, tempo e desenho se entrelaçam está o efeito de terceira dimensão, que seria justamente o da comunicação de inconsciente para inconsciente, para além das proposições ‘objetivas’ de transferência e contratransferência (Favalli, 1999; Favalli, 2005).

A idéia de campo intersubjetivo, que se origina em um atendimento numa relação terapêutica, é o melhor pressuposto conceitual, justamente por delimitar uma noção de interação mutuamente potencializadora dos fenômenos transferenciais e contratransferencias. Segundo essa visão, o processo ganha uma complexidade maior, e nos faz repensar sobre a identidade do analista e dos efeitos desse no processo terapêutico, já que lança luz sobre a relação e não sobre as partes isoladas (Favalli, 1999; Favalli, 2005).

As modificações ocorridas no campo manifestam-se por meio de uma “[...] contínua operação de narração conjunta entre analista e paciente que se tornam dois autores em busca de personagens” (Ferro, 2000:131). Nessa concepção, é capital a capacidade de o analista conectar-se com seu pensamento onírico de vigília e de fazer sua transposição para palavras. Também, não menos importante, são os derivados oníricos de vigília expressos do paciente (Ferro, 2000).

O enfoque, aqui, então, é o de uma Psicanálise voltada para a noção de intersubjetividade, que diz respeito ao interjogo dinâmico dessas experiências subjetivas, entre analista e paciente, vividas no contexto clínico. Nesse sentido, entende-se o conhecimento da psicologia do paciente como algo contextual e idiossincrático. A noção de campo intersubjetivo propõe que uma manifestação mental não pode ser digna de uma apropriação maior, se for tomada como algo de “dentro” da mente do paciente, excluindo o paciente do seu contexto original atual ou do passado. O material clínico, então, é construído conjuntamente, entre paciente e analista, a partir das interações das qualidades psíquicas e realidades subjetivas particulares de ambos (Dunn, 1995). Além disso, há que se destacar que esses sujeitos devem ser considerados como sujeitos de constante produção, já que possuem essa exigência de trabalho: do vir a ser, de construção (Pacheco, 1996; Kusnetzoff, 1982; Freud, 1923/1976). Na intersubjetividade,

[...] o sujeito está implicado com a sua história, porém não somente ao seu passado, mas sim com a atualidade. O psiquismo está entre a redundância e a imprevisibilidade, entre a repetição e a liberdade. Um sistema aberto a outras subjetividades e a um futuro instituinte porque não está instituído. (Hornstein, 2003: 13).

Esse outro novo campo, restringido no presente, no aqui e agora, cria-se no encontro. A noção de campo é uma função que possui um alto quociente de não-saturação, devido a esse novo, que nasce do *atual*. Existe outra ordem, que se constitui pela experiência intersubjetiva, inédita, manifestada na atualidade (Ferro, 2000).

Ogden (1996) também trata de uma visão intersubjetiva, calcada na inter-relação dialética, ocorrida entre as realidades subjetivas individuais do paciente e analista, e a realidade que nasce deste interjogo atual, que ele nomeia de “terceiro analítico intersubjetivo”. Esse autor afirma que as realidades individuais subjetivas entre paciente e analista devem ser compreendidas na interação com as realidades em que são produzidas, no momento em que eles estão juntos, associando tal dinâmica à relação mãe-bebê (Ogden, 1996).

Como na díade mãe-bebê e analista-paciente, a intersubjetividade não existe em uma forma pura, como entidade psicológica isolada. Os sujeitos envolvidos constroem/reconstroem-se mutuamente, na medida em que um só existe quando compreendido em relação ao outro, como sujeito e objeto. O fazer analítico, a partir desse ponto de vista interdependente, abarca uma tentativa de descrição dessa natureza de inter-relação entre a subjetividade individual e da intersubjetividade. É o produto dessa dialética exclusiva entre subjetividades separadas do analista e paciente, no *setting* analítico. Nenhum sentimento, pensamento ou sensação pode ser considerado igual ao que era ou seria, fora desse contexto específico criado por analista e paciente, que está sempre em contínua mudança. (Favalli, 2005; Winnicott, 1975; Ogden, 1996).

O terceiro analítico intersubjetivo aponta esse “mundo novo” que se cria entre a dupla paciente/analista em razão da “interação original” que não se repete. Este terceiro personagem, que nasce como resultado produzido pelas duas subjetividades, também é entendido como uma extensão do conceito de objeto transicional e espaço potencial de Winnicott (1975). O objeto transicional e o espaço potencial constituem-se justamente no lugar ilusório intermediário entre sujeito e objeto, onde mãe e bebê ora se confundem ora se discriminam, em razão dessa relação dialética e interdependente. O espaço potencial é um lugar hipotético, formado pelos objetos transicionais da infância, pelas fantasias e pela cultura (Winnicott, 1975).

3 QUESTÃO NORTEADORA

“Como se organiza o campo de produção intersubjetivo entre os técnicos de uma equipe multiprofissional, nas suas relações de trabalho?”.

4 CONTEXTO DA PESQUISA

O CAPS é uma unidade de atendimento em Saúde Mental, que oferece um programa de cuidados intensivos, por equipe multidisciplinar, a seus usuários. Trata-se de um serviço de saúde, aberto e comunitário, do Sistema Único de Saúde. Constitui-se em uma referência no tratamento de pessoas portadoras de sofrimento psíquico – como psicoses, neuroses graves e

demais tipos de patologias mentais – que, em decorrência dessa severidade, demandam um cuidado intensivo e maior permanência em tratamento (Brasil, 2004).

As atividades desenvolvidas no CAPS vão desde a triagem, entrevistas de acolhida e grupos terapêuticos (da acolhida, de avaliação psiquiátrica, de familiares), até oficinas (como a de culinária, do olhar, do fazer, da criação, da corporeidade, da palavra). O CAPS também oferece serviços externos, como visitas domiciliares e atividades terapêuticas (Brasil, 2004).

A pesquisa ocorreu em um CAPS que presta atendimento a adultos, egressos, ou não, de internações psiquiátricas ou de outros serviços de saúde (Brasil, 2004). O CAPS envolvido nessa pesquisa foi criado em 2002 e, atualmente, presta atendimento a uma média de 639 pacientes/mês. Sua equipe técnica é composta por 12 profissionais de nível superior e ensino médio: um psiquiatra, três psicólogos, uma terapeuta de família, uma arte-educadora, uma estagiária de terapia ocupacional, dois auxiliares técnicos de Enfermagem, um enfermeiro, uma auxiliar-administrativa, uma recepcionista (Brasil, 2004). As reuniões de discussão de casos ocorrem duas vezes por semana.

5 METODOLOGIA

O presente estudo constituiu-se a partir de uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa pretende aprofundar a compreensão dos fenômenos que investiga, a partir de uma análise rigorosa e criteriosa desse tipo de informação, isto é, não pretende testar hipóteses, para comprová-las ou refutá-las ao final da pesquisa; a intenção é a compreensão. Essa perspectiva trabalha com interpretações e significados das realidades sociais (Bauer, Gaskell, 2002), o que possibilita a análise e compreensão dos fenômenos investigados e,

posteriormente, analisados. A abordagem é indicada para compreender os fenômenos de relação humana, pois possibilita investigar, de forma abrangente, os dados coletados.

Para análise dos dados foi utilizada a metodologia de Análise Textual Qualitativa, proposta por Moraes (2003). Trata-se de um processo auto-organizado de construção de compreensão, em que novos entendimentos emergem, a partir de uma seqüência de recursos de três componentes: desconstrução dos textos do “*corpus*”, a unitarização; estabelecimento de relações entre os elementos unitários, a categorização; o captar do novo emergente, em que a nova compreensão é comunicada e validada. (Moraes, 2003).

1 - Desmontagem dos textos: também denominado de processo de unitarização, implica examinar os materiais em seus detalhes, fragmentando-os, no sentido de atingir unidades constituintes, geralmente enunciados referentes aos fenômenos estudados.

2 - Estabelecimento de relações: processo denominado de categorização. Implica construir relações entre as unidades de base, combinando-as e classificando-as, no sentido de compreender como esses elementos unitários podem ser reunidos, na formação de conjuntos mais complexos, as categorias.

3 - Captando o novo emergente: a intensa impregnação nos materiais da análise, desencadeada pelos dois estágios anteriores, possibilita a emergência de uma compreensão renovada do todo. O investimento na comunicação dessa nova compreensão, assim como de sua crítica e validação, constituem o último elemento do ciclo de análise proposto. O meta-texto, resultante desse processo, representa um esforço no sentido de explicitar a compreensão que se apresenta como produto de uma nova combinação dos elementos construídos, ao longo dos passos anteriores.

4 - Um processo auto-organizado: o ciclo de análise descrito, ainda que composto de elementos racionalizados e em certa medida planejados, em seu todo, constitui um processo auto-organizado, do qual emergem novas compreensões. Os resultados finais, criativos e

originais não podem ser previstos. Mesmo assim, é essencial o esforço de preparação e impregnação, para que a emergência do novo possa concretizar-se.

No processo de análise, a constituição e delimitação do *corpus*, primeiramente, foi definida por uma amostragem intencional validada pelo critério por saturação. Emergiram 17 categorias, que foram, em um segundo momento, ordenadas entre si, em um processo intuitivo (Moraes, 2003), não-linear. Depois, em função do entrelaçamento das categorias emergentes, optou-se por descrever as 3 mais significativas: contradição, aspectos contratransferenciais da equipe e produção do campo e da intersubjetividade entre técnicos.

Em um terceiro momento, produziu-se um metatexto, que apresenta os argumentos aglutinadores das categorias, relacionados entre si e ilustrados com falas dos técnicos e com os devidos aportes teóricos. Para efeito de descrição, os participantes da pesquisa foram caracterizados por números, exceto o pesquisador.

As observações foram realizadas durante um período de quatro meses e meio, uma a cada semana, para que as rotinas de trabalho do CAPS, em relação aos seus usuários, fossem conhecidas e registradas em diário de campo. Os dados de três reuniões, uma em cada semana, com duração de 1h e 30 min, foram gravados e, posteriormente, degrevados.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As relações entre técnicos e pacientes envolvem um “com-viver” entre pessoas e áreas disciplinares distintas. O mesmo ocorre em algumas equipes multiprofissionais, sendo que, nas reuniões de equipe para discussão de casos, o processo acontece a partir das contribuições recursivas e integradoras. Nesse sentido, considerando o caráter recursivo e integrador, optou-

se por categorizar o processo do grupo, para organizar o material produzido. O que se percebeu, então, é que as categorias foram importantes para organizar a coleta do material e sua análise preliminar, mas, à medida que foram sendo analisadas, evidenciavam a existência de uma relação entre elas. Isso ocorreu porque as categorias não foram identificadas de forma isolada. Embora tenham suas especificidades, observou-se que elas ganharam sentido mais abrangente, quando consideradas em relação às outras.

As reuniões de equipe para discussão de casos clínicos possuem um funcionamento padrão. Inicialmente, os técnicos constroem uma lista com os nomes dos pacientes a serem discutidos. A indicação dos pacientes ocorre de forma espontânea, partindo da demanda de cada técnico.

Categoria A: Contradição

Um dos aspectos mais relevantes do material coletado foi a emergência da contradição entre palavras e ações dos técnicos. Tem-se, aqui, uma categoria que possui entrelaçamentos fortes com praticamente todas as outras. Contrariando a propriedade de “exclusão mútua”, nesse método, já não se sustenta mais uma exclusividade absoluta frente às múltiplas leituras de um texto. Uma unidade pode ser lida por diversas perspectivas, resultando em múltiplos sentidos, dependendo do foco ou perspectiva que se estabelece. Devido a isto, é pertinente que a mesma unidade possa estar classificada em mais de uma categoria, ainda que com sentidos diferentes. Isso denota um movimento construtivo, no intuito da superação da fragmentação, com vistas a descrições e compreensões mais integrais e globalizadas (Moraes, 2003).

A contradição revela-se pelas falas dos técnicos em interação durante as reuniões. Percebe-se a sua enorme incidência, a partir de pensamentos e sentimentos próprios de cada

técnico, expressos nas suas falas, que demonstram uma incoerência entre as palavras e as ações, quanto ao direcionamento do tratamento dos usuários.

O fragmento a seguir foi extraído da primeira reunião. O assunto em discussão era a paciente S. Pode-se perceber a evidência da contradição, na mudança de posicionamento do técnico, em relação ao paciente, frente à intervenção do colega.

Técnico 1: A S. foi eu quem agendou, em função... saiu de alta dos grupos. Ela fica no grupo não intensivo e na avaliação mensal por dois ou três meses. No máximo, máximo, três meses.

Técnico 2: Que na verdade, a questão ... eu acho que não foi uma escolha...Terapêutica?! Foi uma alta a pedido, em função de uma questão bem prática. Ela tava contratada pela associação. Daí, a prefeitura desfez o contrato com esse associado e fez um novo com outra associação. Como estava afastada do trabalho e precisava retornar, permanecer nesse período probatório e pra depois poder ser dispensada do trabalho para vir pro tratamento... Então, na verdade, não é uma indicação terapêutica!!! É um pedido da paciente! Uma necessidade pra não perder o emprego. Nesse pedido, ela faz uma mudança de postura radical, radical... da noite pro dia!!! (*risos*) Em um grupo anterior a isso, teve uma crise conversiva aqui, se jogou no chão: “Eu quero morrer, eu quero morrer”, batia a cabeça no chão...

Técnico 1: No grupo que eu fiz ... eu fiz uma proposta que eles imaginassem um jardim, que fosse um jardim interno e pedi que visualizassem uma flor. O jardim que ela viu foi num cemitério e a flor que ela viu foi uma flor, uma flor preta no túmulo dela. Esse foi o último grupo. Depois disso, ela [*paciente*] se viu indo pra internação psiquiátrica.

O fragmento ilustra, claramente, a contradição do técnico, que acata um pedido de alta de uma paciente, sem que ela tenha condições para tal. É o que se pode depreender da lembrança imediata da cena do jardim, a que a paciente respondeu com a imagem de um cemitério e de uma flor preta sobre o seu túmulo. Embora não tenha agido com base nesse conhecimento, o técnico parece ter sido “despertado”, pela fala do colega, para um outro nível de percepção em relação às condições da paciente.

A contradição expressa entre a primeira e a segunda fala da técnica, corroborada pela influência de outro técnico, pode indicar o fenômeno intersubjetivo. O colega sinaliza e contextualiza, oferecendo uma diferente percepção, um outro estado mental da paciente, que é, em seguida, lembrado pelo técnico que lhe atribuiu alta. Fica evidente, aqui, que, na relação entre eles, no espaço de discussão do caso, emergiu um outro tipo de percepção.

Trata-se de fenômeno intersubjetivo, porque se construiu na relação entre os dois e produziu uma percepção nova e antagônica.

Categoria B: Aspectos contratransferenciais da equipe

Durante a discussão dos casos, os técnicos comunicam ao grupo a sua percepção sobre os usuários que acompanham no tratamento. Na maioria dos casos discutidos, o tema 'eficácia' é abordado, por ser uma das questões mais relevantes no tratamento, devido a sua grande incidência no material coletado. Essa categoria considera as expressões dos técnicos sobre as reações dos pacientes às intervenções. Verifica-se se os objetivos traçados pelos pacientes e equipe foram alcançados, como, por exemplo, se o usuário superou a crise em que se encontrava. São feitas comparações entre a maneira que o paciente se encontrava, quando chegou ao serviço e como estava no momento da discussão, bem como cada técnico "escuta" e "reage" frente aos conteúdos subjetivos manifestados pelos pacientes.

A questão relativa à eficácia do tratamento oferecido aos usuários é expressa entre técnicos e pesquisador por conteúdos bastante ambivalentes, permeados de duplos sentidos e, muitas vezes, até contraditórios. As expressões passam uma idéia de desorganização, para o pesquisador, quanto ao estabelecimento de indicadores do trabalho, no que tange a sua efetividade.

Essas manifestações, porém, em certas situações, geram inquietude, em alguns técnicos e no pesquisador. Há casos em que o técnico inicia o relato, argumentando que o usuário responde muito bem a um determinado tipo de trabalho focal, enquanto outros profissionais questionam a validade e o alcance dessa eficácia e do seu trabalho, levando em conta a 'dimensão' do problema. Isso aconteceu, por exemplo, no relato de caso de uma paciente que participou do grupo de luto.

O grupo de luto é um trabalho oferecido às pessoas que sofrem em decorrência de perdas significativas nas suas vidas. Possui uma metodologia específica que estabelece, *a priori*, etapas a serem seguidas no grupo (confeção de cartas, espaços de fala), até realizar um ritual final, com uma ida ao cemitério. Nesse caso, o paciente é acompanhado de um técnico e, com isso, finaliza o processo.

O fragmento retirado da primeira reunião ilustra o quanto a forma de cada técnico perceber o trabalho influencia na direção do tratamento do paciente e, por consequência, na eficácia do trabalho realizado. No trecho a seguir, o técnico 1 fala sobre uma paciente que teve uma perda há 15 anos e está saindo de alta:

Técnico 1: A paciente E. respondeu **bem** ao grupo de luto, ao ritual. A paciente fez a carta, fez a leitura. Disse que **passou a se sentir melhor** e, inclusive, prometeu que, quando a filha fizesse 15 anos, na data do seu aniversário, ela vai fazer outra carta e voltar lá, e escrever outra carta sobre os pontos que faltavam naquele momento. **Ela está super bem.** Como antes do resultado final, **ela trouxe uma preocupação muito grande de doença na família, como o risco que a mãe está correndo com a questão do pai em ter de fazer cirurgia, fazendo ou não... e, além disso, mais um priminho muito querido dela que está hospitalizado.** Agora eu falei com ela, que ela está podendo se sentir melhor em relação a esta perda passada, ela vai cuidar dela melhor porque antes ela não estava em condições. Foi tranquilo, pois ela disse que vai se cuidar. Aceitou bem isso aí. Conseguiu sair da queixa, tá melhor!”

Técnico 2: Esta paciente está com muita dificuldade de entrar nos grupos. Ficar só escutando as pessoas falarem das suas dificuldades pra ela já ajuda, **mas a gente sabe isso que não é assim...** Penso que vai precisar de um trabalho mais incisivo **por fora dos grupos.** Vou falar com ela individualmente e continuar em psicoterapia individual.

Técnico 1: Quem sabe dá um tempinho, pra gente ver se o trabalho de **luto** mexeu com ela? Daí a gente vê o que ela pode vir a falar!!! Não consegui fazer no simbólico... no simbólico tem um resultado muito bom! **Há uma melhora e temos um resultado positivo em 90%.**

Técnico 3: Aí acontece que o paciente tem mais coisa, né?!

Pesquisador: Sim, caso contrário, não estaria **dentro do caixão** por 15 anos da sua vida.

Técnico 1: Mas daí limpa, né?!!

Técnico 3 : Sim, sim, mas...

Alguns pontos importantes podem ser pensados, a partir desse fragmento. Entre as falas na reunião, há uma afirmação quanto à eficácia de um grupo focal de luto. É o que fica expresso, claramente, quando o técnico 1 menciona “o resultado positivo em 90% no

simbólico”. Concomitantemente a isso, existe um outro nível de discussão, demonstrando que a questão do “luto” possui uma esfera mais ampla e que, para tal, faz-se necessário um exame mais aprofundado. Daí decorre a indicação para uma não-finalização do processo, já que há muitas questões que parecem não estarem encerradas - “tem mais coisa” -, pois as problemáticas do usuário não se esgotaram, a ponto de se alcançar uma maior eficácia do tratamento.

Na mesma seqüência em que o técnico relata que a usuária responde bem ao grupo de luto, a fala “Ela está super bem” vem associada à preocupação no sentido de perder outros parentes, além do filho “perdido” há 15 anos. Isso denota contradição entre o desejo do técnico, no sentido de que a paciente esteja bem, e a realidade da paciente, em si. Tal desejo se mostra tão presente na sua fala que, mesmo questionado pelos colegas, o técnico não muda ou questiona seu trabalho; ao contrário, mantém o mesmo pensamento relativo à eficácia do tratamento oferecido, mostrando-se ‘intransponível’. Além disso, atribui a essa eficácia um percentual de “90% em nível simbólico”. Isso conduz a uma constatação: quando o técnico verbaliza que o trabalho focal atinge a eficácia de 90%, em nível simbólico, se deduz que ele acredita em uma melhora substancial ou de quase cura total.

Os aspectos contratransferenciais manifestados a partir das interações com os pacientes surgem como efeito dessas “transferências”. As produções derivadas desse “trânsito” repercutem inconscientemente na mente do terapeuta, sendo que esses fenômenos delimitam e compõem o campo analítico. O processo analítico inicia pela transferência do paciente, e o analista responde somente a partir desse ‘ponto de partida’. (Freud, 1912)

A contratransferência torna o terapeuta “responsável” pelo seu trabalho. Com base em critérios analíticos, considera-se a variável “contaminação” como um organizador do processo de produção no campo. É possível dizer, então, que não existe um analista “impessoal”.

O que existe é a contratransferência, que está a serviço da atuação (*acting out*), em que o analista cria obstáculos dentro do campo, e a contratransferência que viabiliza a compreensão e o desenrolar do processo analítico. Em ambos os casos, o que não varia é a sua gênese inconsciente (Etchegoyen, 1987).

A partir do fragmento da reunião, pode-se refletir a respeito do que surge nas ‘inter-relações’ entre os técnicos, quando o assunto é a direção de tratamento oferecida aos usuários. Fica cada vez mais evidente que um campo grupal não é uma atividade isolada de indivíduos, mas, sim, um sistema constituído por vínculos humanos, com inúmeras facetas, incluindo as motivações inconscientes. Essas motivações, por sua vez, podem estar a serviço de uma espécie de sistema da sabotagem, os chamados “conluíus” inconscientes, que possuem como ‘pano de fundo’ um sistema de “resistências”, organizado por fantasias onipotentes (Zimerman, 1999).

As interações entre os técnicos, nesse recorte, indicam uma preocupação e um cuidado, no sentido de afirmar que uma determinada conduta é correta em relação à eficácia. Fica, no entanto, o questionamento: até que ponto foram discutidos indicadores de eficácia no tratamento? O que parece estar em jogo, para os técnicos, é, sim, o autovalor em relação ao seu trabalho, ou auto-imagem de um técnico frente a um grupo.

A conduta do técnico 1, em relação ao seu trabalho com esse paciente, gerou um sentimento distinto no pesquisador, como um efeito contratransferencial, partindo do ‘olhar psicanalítico’. A questão é que, na Psicanálise, há uma diferenciação entre luto e melancolia, o que gerou, no pesquisador, a seguinte inquietação: ‘Este paciente não deveria estar participando de um grupo de luto, já que está em um estado melancólico’. Essa percepção produziu, assim, a intervenção do pesquisador, no momento da discussão com os técnicos: ‘não estaria no caixão por 15 anos’.

A metáfora utilizada pelo pesquisador está fundamentada na diferenciação entre luto e melancolia. O luto está mais relacionado a um 'estado de tristeza', de uma introjeção da libido, oriundo de uma perda real, significativa, de alguém, que se estende por um tempo determinado. O caso discutido pelo técnico, no entanto, pela ótica do pesquisador, corresponde a um estado melancólico, que não se limita a uma simples redução ao seu estado de tristeza ocasional. Trata-se de uma ligação a algum tipo específico de conflito inconsciente, que resulta, através da retração da libido, em uma inibição e na grande incapacidade de investir em outros objetos, a não ser naquele que fora perdido, e que está hiperinvestido no ego (Freud, 1915/1976).

Nesse sentido, pode-se perceber o quanto a contratransferência de cada técnico e a percepção do pesquisador, demonstradas a partir das diferentes escutas ou leituras do material do paciente, evidencia diversos tipos de direcionamento possíveis do tratamento do paciente. Toda a leitura é feita a partir de uma perspectiva teórica, seja ela consciente ou não. Ainda que se possa admitir o esforço para se colocar entre parênteses essas teorias, toda a leitura implica algum tipo de teoria para se concretizar (Moraes, 2003).

Categoria C: A produção do campo e da intersubjetividade entre técnicos

Essa categoria trata principalmente das produções criadas no campo transferencial/contratransferencial e, em especial, da intersubjetividade entre os técnicos. Essas medidas são determinadas, a partir da percepção de cada técnico sobre o estado do usuário, ao longo do processo, dependendo, portanto, de como cada um está reagindo nos espaços terapêuticos, seja em grupo, seja no atendimento individual. Então, é o técnico que considera se o usuário está apto a se desligar da instituição e de receber, assim, sua alta. Em

caso contrário, quando o usuário demonstra sinais de estagnação durante seu processo, é feita uma reavaliação, que orienta um outro tipo de encaminhamento.

O material selecionado, nesse caso, revela um dado importante. Os encaminhamentos feitos aos usuários partem basicamente de decisões individuais comunicadas na reunião de discussão. As comunicações são feitas de modo unilateral pelo técnico, que expõe suas razões para o encaminhamento do paciente, do grupo para o atendimento individual.

O trecho abaixo retrata o encaminhamento feito pelo técnico 1, que foi caracterizado como uma alternativa, frente ao estado de desorganização em que o paciente se encontrava. O paciente participava de um grupo, coordenado por esse técnico, que optou pela indicação de uma abordagem individual, com ele mesmo.

Técnico 2: O que eu queria colocar é que **a gente tá num processo**. O Caps está discutindo seus critérios de quem está em atendimento individual e o que vai definir isso é o **teu objetivo** com aquela intervenção!

Técnico 1: O que eu acho que é o objetivo com o F. é poder situar quais são as **questões dele**, porque ele, nessa desorganização, nessa loucura toda que ele mostra, **eu não vou** ficar lá nem de... claro, onde **a gente tem** que alcançar, o que é que tem que ser atingido! E no individual é que **eu tô conseguindo mapear**.

A questão encaminhamento relaciona-se não apenas ao encaminhamento do paciente, mas, também, do grupo de técnicos, que se reorienta em relação a um sentimento de incerteza, oriundo da ‘desorganização’ produzida no *setting* grupal. Nessa categoria, fica explícita a **contradição** entre uma proposta de trabalho de grupo e a ênfase no individual: “E no individual é que **eu tô conseguindo mapear**”. Essa é uma questão fundamental, quando se discute o trabalho de grupo: o desafio de aprender a constituir-se efetivamente no campo grupal, integrando várias subjetividades, em um sistema relacional.

As expressões “**a gente tá num processo**”, “**o teu objetivo com aquela intervenção**”, por exemplo, revelam um aspecto a ser destacado: a variação da direção de cura, que decorre de uma modalidade de tratamento de grupo para outra individual. Além disso, denota o

sentido que determinada estratégia possui para os técnicos. Parece claro, a partir dessas falas, que existe uma preferência, nesse caso, de o tratamento poder acontecer com maior eficácia, se direcionado para o *setting* individual, ao invés do grupal. A partir daí, o pesquisador questiona-se sobre a forma com que são realizados os encaminhamentos.

Nesse sentido, o aspecto contratransferencial do técnico que redireciona o paciente no tratamento nasce, primeiramente, diante da incapacidade de situar-se em relação a esse paciente, no *setting* grupal, e de sua decisão em indicar-lhe o *setting* individual. No momento da discussão, o técnico relatou que o paciente se encontrava, no *setting* individual, tomado por sentimentos transferenciais de amor pela pessoa do técnico:

Técnico 1: Ele tá com uma transferência maciça, maciça, maciça... assim, impressionante..., “Minha querida, se eu ando pela rua, se eu tô sem isso [roupa], eu fico nu. Se tu tira a tua roupa, tu fica nua. Não posso mostrar realmente o que sou ou o que sou capaz de ser. Daí ele afasta as pessoas”.

Técnico 2: E, então, foi esta questão que o nu que apareceu, que tu falava?!

Técnico 1: Que se eu estivesse sem roupa estaria nua. É claro que ficaria muito melhor de roupa, mas sem roupa também deveria ficar. Risos. Ele tá numa sedução né?!.

Posteriormente, desse envolvimento entre paciente e dois técnicos, nasce uma ‘**brincadeira**’, que inclui os dois técnicos citados no fragmento. Essa brincadeira foi manifestada pela seguinte associação:

Técnico2: Ele falou que é circundado por **militares e professoras**, a questão das hierarquias... que se eu fosse professora : “Eu ia levantar e ia embora !”. Surgiu essa questão de veio por aí, se a gente ia impor a medicação e como ia soar esta imposição. A questão da censura militar... ele sempre traz na censura da expressão uma certa violência...a questão da medicação... na verdade, ele toma lítio numa dose muito baixa. Em que a gente tá num momento de fazer o corte ou esse limite, do uso da medicação e da sua necessidade. Como fazer? Através da família ou através dele mesmo. A minha tentativa não tinha dado certo porque, nesse momento, ele começou a me colocar no lugar de militar. E a gente começou a brincar, se a professora for muito “carrasco”: **Santa Carrasco** [*aqui o nome possui a conotação de uma Santa, algo divino e que cuida em razão desse poder e o sobrenome do técnico coincide com o adjetivo “carrasco”, que denota a possibilidade de esse técnico assumir um lugar diferente do que seu nome lhe atribui, de carrasco, ao invés do que está assumindo, no caso de Santa*]

Todos riem.

Técnico 2: A questão do militar na minha história pessoal está muito presente...

Essas associações foram consideradas, pelo pesquisador, não como recuperações ou escavações de um conteúdo de memória que fora recalado, isto é, que fora mantido no inconsciente e que, por isso, faz parte de um momento passado que surge no presente. Mais que isso, as associações parecem resultar em uma criação, no caso a desse **personagem** “**Santa Carrasco**”, que nasce dessa **brincadeira**, a partir das experiências relatadas pelos técnicos. Por conseqüência, o processo origina o terceiro intersubjetivo, que se estabeleceu naquele momento, no jogo de associações que não existiam até então: “a gente começou a **brincar**, se a professora for muito carrasco... Santa Carrasco”. Essa experiência ocorre no ponto culminante entre passado e presente, que envolve os passados de analistas e pacientes, por meio da experiência produzida entre analista e paciente, ou seja, no terceiro analítico. A intersubjetividade é produzida graças às duas subjetividades em interação: a do paciente e a do analista. Isto quer dizer que o terceiro intersubjetivo analítico é o resultado produzido a partir do encontro das duas primeiras subjetividades, que geram essa nova subjetividade (Ogden, 1996).

A “**brincadeira**” foi feita pelo técnico dois, no sentido de expressar a incoerência da técnica em possuir um nome que demonstra justamente aquilo que o técnico um não está conseguindo fazer com esse paciente: o corte simbólico. O nome “Santa” estaria associado à função materna, de simbiose, de dualidade, de quem protege, enquanto o sobrenome “Carrasco” estaria associado à função paterna, de corte, de limites, de indício de uma triangulação.

No entrecruzamento entre fantasias conscientes e inconscientes, nascem não só interpretações, mas evidencia-se a criação desse personagem “Santa Carrasco”, que também expressa aspectos subjetivos de dois técnicos que discutem o direcionamento do tratamento de um paciente.

O uso desse personagem pode ser entendido como um objeto transicional, que serve como passagem e preparação para um contato mais autêntico em relação aos objetos internos. Isto decorre, fundamentalmente, na possibilidade do uso do analista como uma extensão desse objeto. O que determinará a sanidade dessa extensão é a capacidade em poder entrar e sair dessas fantasias. Se estabelece um “espaço potencial” que poderá ser ocupado por aspectos representativos da história do paciente, considerando a criação desses “personagens” como expressões dos seus modelos de relação que foram constituídos no passado e que agora são vividas com o analista. Nesse caso, quando o paciente coloca os técnicos, segundo as falas dos técnicos 1 e 2, respectivamente, nos lugares de Professora e Santa e no de militar, produzindo em relação aos dois técnicos, a expressão do “trocadilho” Santa Carrasco (Winnicott, 1975).

É importante destacar que o terceiro analítico seja produto da relação atual entre analista e paciente, esse produto não é processado pôr meio de uma mútua análise. É um processo assimétrico que é diferenciado pelos diferentes papéis assumidos entre sujeito analista e sujeito analisando. A diferença maior reside no analista ter vivenciado a experiência da sua análise pessoal e a sua “formação” que lhe podem permitir a não resposta aos fenômenos transferências que se entrecruzam, através do atuar, e sim pelo questionamento das motivações inconscientes, tanto do paciente quanto do analista (Machado, 1995).

Outro exemplo destacado aqui trata de outra discussão sobre a produção do aspecto contratransferencial manifestado no campo com os usuários, bem como das suas características que compõem esse campo em que se estabelecido o processo terapêutico. A partir das falas em reunião de equipe, o fenômeno exposto e discutido é a “regionalização” dos pacientes e das suas características produzidas no campo relacional.

Alguns dos técnicos, apresentando-a como óbvia, por um lado, em função de os usuários pertencerem ao mesmo local, e, também, admitindo o alto nível de exposição desses

pacientes, que apresentam questões particulares, íntimas, no ambiente ‘público’, diante de vizinhos e conhecidos. Não fica expressa, no entanto, uma preocupação quanto ao sigilo, aos cuidados técnicos necessários em função dessa exposição ou, mesmo, em relação às alternativas e aos casos em que ela deveria ser, pelo menos, diminuída. O fragmento a seguir demonstra as diversas percepções contratransferenciais despertadas pôr um fator que é incontestável e que produz os sentidos mais distintos nas escutas de cada um : a regionalização:

Técnico 2: Estava sendo o apoio daquele outro paciente, que não lembro o nome agora, mas sempre estava muito atenta aos sintomas do R. que é sua vizinha M. acompanhava a R. no retorno. Acho que são vizinhas! Aqui quase todos são vizinhos, se conhecem. Eles comentam: **“Sabe que eu sou teu vizinho, né?!”**

Técnico 3: Normal que isto aconteça!

Técnico 4: Sim, **estamos todos regionalizados**, né?!

Técnico 5: Mas isso pode ocorrer em alguns problemas, né?!!

Técnico 2: Já aconteceu de pedirem pra trocar e não teve problema nenhum, **desde que seja relatado.**

Técnico 5: **É a questão de ter vizinhos no mesmo grupo que é complicado.**”

Técnico 3: Sim, tem vizinhos, primos, irmãos, tudo no mesmo grupo.

A questão contratransferencial produz efeitos que podem indicar outros sentidos, na medida em que o terapeuta inclui-se também como sujeito desta ‘regionalização’, o que denota aqui um significado de ‘vizinhança, proximidade, em termos de localização geográfica’. Um paciente e um dos técnicos expressam um sentimento de difícil transposição, no processo terapêutico: a inevitável exposição pública do que é íntimo. Isso significa que, geralmente, um usuário vai correr o risco de se expor, a não ser que possa revelar sua impossibilidade ou incômodo.

Esse aspecto contratransferencial dos técnicos promoveu um sentimento de ‘estranhamento’ no pesquisador, diante de outras manifestações. As diferentes variações de percepções entre os participantes dependem, principalmente, da subjetividade do terapeuta e do tipo de conduta que ele assume em relação aos sentimentos que surgem na sua interação

com seus pacientes (Klauber, 1987). Nesse sentido, as forças que permeiam essas interações psíquicas podem assumir formas compatíveis ou incompatíveis com os ideais do terapeuta.

Por exemplo,

[...] a propensão para austeridade ou luxúria, para a aceitação ou não de padrões comumente mantidos de escolha de trabalho, ou mesmo de vestuário, sua necessidade de expressão, de comunicação ou de humor, de passividade, podem ser tratados por um terapeuta como sintomas e por outro com tolerância (Klauber, 1987: 116).

O fragmento abaixo, que é uma seqüência do anterior, ilustra, através das inter-relações, as diversas formas através das quais a situação do paciente em questão é percebida:

Técnico 1: O que acontece no grupo? Essa paciente me pediu um horário individual. Daí, eu fiquei pensando que ela tinha perdido a mãe e aí pensei no trabalho de luto. É que tem dois vizinhos no grupo e daí ela se sentiu constrangida de se colocar por causa da traição da mãe. Este foi um dos fatores que antecedeu a morte da mãe, que ela se sente que tivesse ameaçado a mãe, na frente do pai, de contar... a mãe tinha traído o pai há anos atrás. Daí o pai foi atrás, pra saber, e depois a mãe se mata!

Pesquisador: Contou tudo isso no grupo?

Técnico 1: Sim, a paciente se sentiu mal, porque agora ela sente que toda a vizinhança sabe que a mãe...

Técnico 3: Que todas vão culpá-la também! Todos vão culpá-la! É a posição que ela vai se colocar.

Técnico 4: Ela estava desmoralizando a mãe, de certa forma... a conduta da mãe. Era um conflito familiar, que antes era segredo de família e, agora, a sociedade... a mãe era uma pessoa que vai ficar mais descaracterizada assim...

Técnico 5: Coloquei no grupo de polarização, porque tem uma questão um pouco mais agressiva, de ter uma estrutura interna para resolver essa situação e acho importante ver com ela se ela vai conseguir ficar neste grupo, porque ela não trouxe tanto sofrimento assim!

Técnica 4: Acho importante que ela possa encarar essa situação, porque fica uma fantasia de que, sei lá, que tá destruindo a mãe... que ela é culpa dela, falou da mãe e vai se sentir culpada, por que então falou naquele grupo? Acho que seria importante dela ficar naquele grupo por esses dois fatores, porque ela ter colocado no grupo e hoje tá com o esse peso em relação a isso, e pela forma que ela se vinculou às pessoas e as pessoas se vincularem a ela.

O sentimento de ‘obviedade’ que é tido, em princípio, como unânime, produz os efeitos ‘menos óbvios’ em cada terapeuta, paciente e pesquisador. Alguns terapeutas afirmam um sentimento de que, pela forma com que se caracterizou a inserção desses ‘assuntos íntimos’ do paciente no grupo e a forma com que ele se vinculou, o pedido de um espaço individual seria algo decorrido da fantasia do paciente em estar destruindo a mãe, ao expor essa situação entre vizinhos. Outros atribuíam ao pedido a um sentimento inerente à fantasia do paciente, oriundo de uma culpa pela morte de sua mãe.

Por parte do pesquisador, existe um sentimento de ‘estranheza’, que é próprio da sua condição ‘não regionalizada’ e menos íntima, por não pertencer a essa instituição. Nesse sentido, ele escuta o pedido de espaço individual, pelo paciente, como a busca de um refúgio, frente a uma realidade interna ‘chocante’, por si, que é suficiente para não se assumir em público. Percebe, então, que os riscos de exposição dessa realidade interna aumentam, quando isso tem que ser feito diante de vizinhos ou conhecidos.

A discussão dos técnicos a respeito dessa paciente levou o pesquisador a pensar sobre uma possível dificuldade de os pacientes manifestarem seus incômodos, ao participarem dos grupos com conhecidos ou vizinhos. Nesse caso, qual seria a forma de “relatar” esse sentimento ao técnico e até que ponto esse relato é, efetivamente, ouvido? Essas questões são importantes, já que um pedido de espaço individual, por parte do paciente, pode ser indício de mudança ou de bloqueio, oriundo das resistências ou fantasias inconscientes. Ou pôr parte do terapeuta, considerando os aspectos contratransferenciais integrados aos aspectos emocionais do paciente como um campo fazendo nesse lugar uma investigação das inadequações do pensar, mas também fazendo dele um local de aprendizagem, de construção e reconstrução, de nós mesmos (terapeutas/pacientes) (Ferro, 2000).

Isso confirma a idéia de que tratar de ética em psicanálise, ou seja, da conduta humana e suas atribuições de valor, implica uma realidade em que apenas “o certo ou o errado” não

corresponde a sua ampla dimensão. Deve-se associar, às conseqüências éticas, as questões do que se pode ou não saber e o que fazer com aquilo que decorre das relações permeadas pelo inconsciente, bem como ao fato de que, em parte, os atos inconscientes são velados (Lacan, 1987/1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados desta pesquisa, constata-se a fundamental importância e as dificuldades em trabalhar co-operativamente em equipe multiprofissional. O encontro de subjetividades e visões de saberes distintos, expressos através das manifestações conscientes e inconscientes, pode permitir um fazer terapêutico mais qualificado, integral e comprometido com o acolhimento às demandas dos pacientes. Isso ocorre devido ao surgimento de experiências diversas das existentes até então, que interferem no fazer terapêutico.

As reuniões de discussão de casos são espaços privilegiados, para observar e refletir sobre os conteúdos conscientes e inconscientes, nas relações entre os técnicos e entre esses e seus pacientes. Os processos transferenciais e contratransferenciais, na constituição do campo terapêutico, bem como a sua explicitação, demonstram que são decisivos, na organização do direcionamento do tratamento.

As principais questões, nesse sentido, estiveram relacionadas às três categorias amplas relatadas: contradição, aspectos contratransferenciais da equipe e do pesquisador e produção do campo e da intersubjetividade entre técnicos. Relaciona-se, diretamente, às teorias contemporâneas ligadas às noções de campo psicanalítico e intersubjetividade, dando conta da complexidade das relações e da importância da constituição do “terceiro analítico” no processo.

Dos indicadores expressos pelas categorias, pode-se ressaltar a contradição como uma forma de expressão de aspectos conscientes e inconscientes dos técnicos cuja denúncia é organizadora das suas relações com os usuários. Além disso, constatou-se uma significativa incidência dela entrelaçados às demais categorias, o que sinalizou a sua multiplicidade de sentidos. A contradição, no sentido de fazer emergir o conteúdo inconsciente através das relações intersubjetivas entre técnicos; e a produção do campo e da intersubjetividade, porque dizem respeito a um aspecto nodal do processo terapêutico: o desafio de mostrar-se aos ‘vizinhos’, acolhendo seus sentimentos e angústias e, ainda, assumi-las dentro do campo terapêutico. Ao mesmo tempo, as implicações de fazer isso em grupo ou em um espaço individualizado, e dos cuidados necessários em função das opções, nesse sentido. Quando o grupo discute a exposição dos pacientes ‘aos vizinhos’ parece, ao mesmo tempo, falar de si próprio e, no caso da equipe de técnicos, o grande desafio parece estar justamente no que diz respeito ao direcionamento dos pacientes.

Para os terapeutas, pressupõe envolver-se em resgatar os vínculos e assumir o comprometimento com “ver-se” no processo, ao mesmo tempo em que se vê o Outro. Isto decorre pensar diretamente na contratransferência do terapeuta como um aspecto influenciador/produtor importante na relação terapêutica, não mais deixando isso a cargo do paciente ou de um terapeuta ‘vacinado’, supostamente imune a efeitos do seu próprio psiquismo. A ação e efeitos recíprocos da transferência e contratransferência são mais bem compreendidos a partir da noção de campo, ou, ainda mais, especificamente, a partir da intersubjetividade. Com a concepção de “relação intersubjetiva”, não há mais como pensar as ocorrências da vida mental do paciente e do analista, isoladamente.

Os aspectos relacionados nas três categorias têm relação direta com o direcionamento do tratamento dos usuários, o que corrobora a pertinência e fundamental importância de um trabalho multiprofissional. Fica claro que o terapeuta deixa de ocupar um lugar do saber

absoluto, distanciado, isento dos fenômenos ocorridos no processo terapêutico, para efetivamente ser reconhecido como um dos sujeitos que constrói o próprio processo.

A noção do terceiro intersubjetivo analítico aponta para essa nova consideração como foi constatado na “brincadeira” entre terapeutas da equipe. A experiência intersubjetiva oferece um crescimento na medida em que autoriza integrar ao encontro tais elementos subjetivos, como fantasias inconscientes, sob a forma lúdica, uma forma de interpretação a respeito dos fenômenos ocorridos no campo de trabalho entre os técnicos. Através desse incremento do contato emocional mais ‘verdadeiro’ entre terapeutas, pode-se oportunizar reflexões distintas, sempre no intuito de auxiliar a realidade psíquica do paciente a partir das compreensões derivadas dessa reflexão criada entre os terapeutas.

O que se percebeu, neste estudo, no entanto, é que as experiências intersubjetivas significativas para o processo terapêutico e as definições de direcionamento da cura também podem ocorrer fora do *setting* - por exemplo, em reuniões de discussão de casos em equipe. Além dos dados referentes às três categorias, em si, que denotam como o campo produzido entre os técnicos organiza o processo terapêutico, pode-se destacar, aqui, uma contribuição desta pesquisa: o fato de que, nas reuniões de equipe para a discussão de caso, ocorre a emergência de experiências novas, de grande relevância para a compreensão das práticas terapêuticas, o que parece ampliar o conceito de terceiro analítico que, na sua concepção, diz respeito à intersubjetividade poder ocorrer dentro do *setting* terapêutico.

O espaço de discussão de casos também, além do *setting* terapêutico, confirma-se como um local potencializador e continente de experiências intersubjetivas, já que privilegia a livre discussão entre os técnicos, sem a presença dos pacientes. A equipe, nesse ‘relacionar-se entre saberes e subjetividades’, sugere como uma possibilidade de um novo encaminhamento, essa nova reflexão, na medida que constrói e integra novas percepções, novas interpretações a partir da integração desses elementos produzidos nas reuniões de estudo de caso, já que eles

organizam o direcionamento, tanto dos pacientes nos seus tratamentos quanto dos técnicos em relação às suas práticas.

Igualmente, pode-se dizer que as experiências na intersubjetividade têm a possibilidade de tornar a convivência entre técnicos mais autêntica, na medida em que o grupo acolhe e comporta as demandas internas dos terapeutas, frente à necessidade de lidar com o sofrimento diário dos seus pacientes. Os desafios, no entanto, são inúmeros. Começam pela necessidade do reconhecimento dessa reflexão, por parte dos terapeutas, da interferência da sua subjetividade e da sua influência na constituição do campo no processo terapêutico.

Assim, fica sinalizada, também, com este trabalho, a importância de novos estudos, que possam avançar na compreensão dessa interação no processo terapêutico, de forma a ampliar as concepções clássicas da Psicanálise e contemplar as suas noções contemporâneas, que privilegiam a complexidade e a intersubjetividade.

Por fim, deve-se ressaltar que esse trabalho constituiu-se na intenção de produzir uma contribuição, no sentido de entender as idiosincrasias no processo, as disparidades no jogo de percepções no tratamento de pacientes em tratamento de saúde mental e do desafio de proceder em grupo, quando uma nova complexidade relacional se desdobra, compondo-se com a existente entre terapeuta e paciente. Reconhece-se, portanto, que esse momento é mais um ponto de partida do que, efetivamente, de um ponto final...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baranger, W; Baranger, M (1961) La situación analítica como campo dinámico. In: _____. *Problemas del campo psicoanalítico*. Buenos Aires: Kargieman, 1969. p. 129-164.

Bauer, M. W.; Gaskell, G. et al. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Rio de Janeiro: Vozes.

Bendassoli, P. F. A. (2002). Psicologia revisitada pela pragmática: subjetividade, conhecimento e método. *Revista Psicologia: reflexão e crítica*, 15 (2), 309-319.

Birman, J. (1994). *O futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS. (Estudos em Saúde Coletiva, 86).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

Conte, M. (2003). Texto construído para o seminário em estudos clínicos II. Escola de Saúde Pública de Porto Alegre - RS

Dunn, J. (1995). Intersubjetividade em psicanálise: uma revisão crítica. *Livro anual de psicanálise*, 11, 201-216.

Etchegoyen, R. H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Favalli, P. H. (1999). O campo psicanalítico: considerações sobre a evolução do conceito. *Revista latino americana de psicanálise*, 3 (1), 23-46.

Favalli, P. H. (2005). Campo e intersubjetividade. Em Elzirik, C. L.; Aguiar, R. W.; Schestatsky, S. S. et al (Org.). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos* (pp. 141-150). Porto Alegre: Artmed.

Fernandes, B. S.; Fernandes, W. J. (2004). Aspectos intra e transubjetivos de grupalidade. *FLAPAG – Federação Latino-americana de Psicoterapia Analítica de Grupo*. Disponível em: <<http://www.flapag.net/flapag/>>.

Fernandes, M. I. A. (2003). O trabalho psíquico da intersubjetividade. *Psicologia USP*, 14 (3), 47-55. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>.

Ferro, A. (2000). *A psicanálise como literatura e terapia*. Rio de Janeiro: Imago

Figueira, S. (1991). *Nos bastidores da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.

Figuereido, L. C. (2002). *A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação (1500-1900)*. São Paulo: Escuta.

Freud, S. (1959). Fragmentos da análise de um caso de histeria. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905).

Freud, S. (1976). A dinâmica da transferência. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1912).

Freud, S. (1976). As perspectivas futuras da psicanálise. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago (Originalmente publicado em 1910).

Freud, S. (1976). Conferências introdutórias sobre a psicanálise. Parte 3. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1917).

Freud, S. (1976). Estudos sobre a histeria. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago (Originalmente publicado em 1895).

Freud, S. (1976). Luto e melancolia. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund*

Freud, S. (1976). O ego e o id. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1923).

Freud, S. (1976). O Inconsciente. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1915).

Freud, S. (1976). Observações sobre o amor transferencial. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1915).

Freud, S. (1976). Pulsão e suas vicissitudes. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago (Originalmente publicado em 1914).

Freud, S. (1976). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1912).

Freud, S. (1976). Repetir, recordar e elaborar. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1919).

Garcia-Roza, L. A. (1995). *Introdução à metapsicologia freudiana: artigos de metapsicologia - 1914-1917*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Garcia-Roza, L. A. (2004). *Freud e o inconsciente* (20ª ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Hanns, L. (1996). *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal Psycho-analysis*, 31, 81-84.

Hirchzon, C. L. M.; Ditolvo, H. H. S. (2002). Uma experiência interdisciplinar de psicanalistas com profissionais de saúde. *Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 8 (15), 387-392.

Hornstein, L. (2003). *Intersubjetividad y clinica*. Buenos Aires: Paidós.

Hornstein, L. (2003). *Intersubjetividad y clinica*. Buenos Aires: Paidós.

Klauber, J. (1987). *Dificuldades no encontro analítico*. Rio de Janeiro: Imago.

Kuhn, T. (2005). *A estrutura das revoluções científicas* (9ª ed.). São Paulo: Perspectiva (Originalmente publicado em 1962).

Kusnetzoff, J. C. (1982). *Introdução à psicopatologia psicanalítica* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Lacan, J. (1997). *A ética da psicanálise, Sem. 7*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Originalmente publicado em 1987).

Laplanche, J. (1996). *Novos fundamentos para a psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Laplanche, J.; Pontalis, J. B. (1992). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Machado, L. M. (1995) O psicanalista: um artífice e os limites de sua identidade. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v.29, n. 3.

Marucco, N. C. (1998). *Cura analítica e transferencia: de la represion a la desmentida*. Buenos Aires: Amorrortu.

Mello Filho, J. (1989). *Ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Moraes, R. (2003). *Construindo quebra-cabeças ou criando mosaicos? Aprendizagem e comunicação no processo de categorização*. Polígrafo. Porto Alegre: PUCRS. Porto Alegre.

Moraes, R. (2003). *Explosão de idéias: a unitarização de informações como encaminhamento de uma leitura aprofundada e compreensiva na análise textual discursiva*. Polígrafo. Porto Alegre: PUCRS.

Moraes, R. (2003). *Mergulhos discursivos: análise textual qualitativa entendida como processo integrado de aprender, comunicar e interferir em discursos*. Polígrafo. Porto Alegre: PUCRS.

Moraes, R. (2003). *Movimentando-se entre as faces de Jano: comunicar e aprender na produção escrita que acompanha análises de pesquisas qualitativas*. Polígrafo. Porto Alegre: PUCRS.

Moraes, R. (2003). *Tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva*. Polígrafo. Porto Alegre: PUCRS.

Ogden, T. H. (1996). *Os sujeitos da psicanálise*. São Paulo: Casa do psicólogo.

Outeiral, J. O. e Graña, R. B. et al. (1991). *Donald W. Winnicott: estudos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Pacheco, O. M. C. (1996). *Sujeito e singularidade: ensaio sobre a construção da diferença*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Racker, H. (1982). *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Renik, O. (1993). Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *The Psychoanalytic quarterly*, 62 (4), 553-571.

Renik, O. (2000). A subjetividade e a objetividade do analista. *Livro anual de Psicanálise*, 14, 99-109.

Santos, M. J. P. dos; Zaslavsky, J. (Org.). (2005). *Contratransferência: teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.

Viderman, S. (1990). *A construção do espaço analítico*. São Paulo: Escuta.

Winnicott, D (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Zimerman, D. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teorias, técnicas e clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Zimerman, D. (2000). *Fundamentos básicos das grupoterapias* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício nº 122/06-CEP

Porto Alegre, 23 de janeiro de 2006.

Senhor(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa, Registro CEP: 06/02995, intitulado: "A intersubjetividade em uma equipe do CAPS, a partir de um olhar psicanalítico".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 23/07/2006.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Caio Coelho Marques
COORDENADOR EM EXERCÍCIO

Ilmo(a) Sr(a)
Mest Ricardo Eggers Rodrigues
N/Universidade

